

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

THAIANE CRISTINI MAI VAN ERKELENS

**Reflexão sobre a atenção em saúde mental a partir da vivência em um serviço de
admissão e triagem de um Hospital Psiquiátrico**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

THAIANE CRISTINI MAI VAN ERKELENS

**Reflexão sobre a atenção em saúde mental a partir da vivência em um serviço de
admissão e triagem de um hospital psiquiátrico**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **REFLEXÃO SOBRE A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

A partir da vivência em um serviço de admissão e triagem de um Hospital Psiquiátrico de autoria do aluno **THAIANE CRISTINI MAI VAN ERKELENS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	09
3 MÉTODO.....	15
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS.....	22

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência acerca do trabalho desenvolvido em uma unidade de urgência de um hospital psiquiátrico no mês de janeiro de 2014. O objetivo foi apresentar as experiências vivenciadas por meio da observação da demanda de atendimentos em saúde mental em um serviço de emergência de um hospital psiquiátrico e a necessidade de internação psiquiátrica dessa clientela em um hospital psiquiátrico. A reflexão foi permeada pela Lei da Reforma Psiquiátrica – 10.216 de 06 de abril de 2001. Após a observação constatou-se que a demanda de atendimento em saúde mental com indicação de internação psiquiátrica é maior que o número de leitos hospitalares disponíveis. Desse modo, muitos casos são reencaminhados aos municípios de origem, que por sua vez foi quem fez o encaminhamento inicial ao hospital psiquiátrico. Os resultados do estudo sinalizam que o cenário de atenção em saúde mental necessita de uma rede de atenção em saúde mental fortalecida e eficaz para que as demandas sejam devidamente absorvidas, com a finalidade de evitar a superlotação nos serviços de emergência e o cuidado integral em saúde mental.

Descritores: hospital psiquiátrico, assistência em saúde mental, enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde sob a ótica do modelo biomédico baseava-se na ausência de doença. Nesse modelo o centro das atenções era a patologia. O controle de sua evolução e o retorno ao estado da “não doença” eram os objetivos de todas as atividades. Como pode ser observado, nessa época, o foco das atenções não se relacionava à qualidade de vida, mas sim com o término da moléstia (1).

Com o desenvolvimento de novas competências surgiram outros conceitos de saúde. Os aspectos psicológicos foram adicionados aos físicos ou biológicos e introduzidos como componentes importantes para a ocorrência das doenças (1).

Desta forma o conceito de saúde foi ampliado, com enfoque no bem estar físico, mental e social, alcançado por meio da implantação de estratégias de promoção a saúde.

Embora este novo conceito tenha trazido grande avanço, a visão de saúde ainda continuava estática. O conceito de saúde como um processo continuado e interdependente de preservação da vida, criou uma nova dimensão social.

A partir desta nova perspectiva, a saúde apresenta-se como um processo relacionado a vários fatores determinantes como os condicionantes biológicos (idade, sexo, características pessoais eventualmente determinadas pela herança genética), o meio físico (que abrange condições geográficas, características da ocupação humana, fontes de água para consumo, disponibilidade e qualidade dos alimentos, condições de habitação), e assim o meio socioeconômico e cultural, que expressa os níveis de ocupação e renda, o acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamento interpessoal, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde, bem como, da qualidade da atenção por eles prestada (2).

O processo de mudança da atenção em saúde mental acompanhou o processo de transformação do conceito de saúde. É fato que o modelo de atenção centrado na

assistência individual e curativista têm se mostrado ineficaz na resolução dos problemas de saúde da população. O conceito de saúde como fator resultante de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, culminou, também, na necessidade de mudança do paradigma de atenção à saúde mental.

A atenção à saúde mental passou por diversos estágios, inicialmente com o misticismo dos curandeiros e feiticeiros até a assistência humanizada ao sofredor psíquico desenvolvida atualmente (3).

Cabe ressaltar, que na Grécia, os templos eram considerados como hospitais e ofereciam aos pacientes com transtornos mentais o ar livre, água e luz solar. Porém a inanição, as correntes e os flagelos eram defendidos por esta civilização (3).

Na Idade Média, o tratamento das pessoas em sofrimento psíquico foi delegado aos religiosos. Dessa forma, as pessoas consideradas insanas eram acorrentadas e torturadas com a finalidade de expulsar os demônios que habitavam aquele corpo (3).

No século XVI, o atendimento aos “loucos” foi assumido gradualmente pelas chamadas Casa de Caridade, Casa de Contrato ou Asilo Secular (3).

Durante o século XVII, a superstição sobre a doença mental tomou maior consistência, acreditava-se que as bruxas e os mágicos podiam curar e causar a maior das doenças. A doença mental era considerada uma batalha entre Deus e o Demônio (3).

No decorrer do século XVIII, as masmorras foram os locais escolhidos para que os “loucos” ficassem confinados, os métodos terapêuticos estavam atrelados a realização das sangrias, camisa-de-força, o chicote e as severas purgações (3).

Em 1792, Philippe Pinel, na França, libertou os prisioneiros de dois dos maiores hospitais, seus alunos prosseguiram seus feitos fundando dez asilos, dando início à psiquiatria como forma de prestar assistência ao doente mental e não de apenas aprisioná-lo. Em 1908, foi iniciada mudança significativa relacionada ao tratamento dos transtornos mentais, com ênfase em atividades de prevenção e intervenção precoce.

Até então, a psiquiatria não considerava o paciente como sujeito ativo do seu tratamento, não envolvia a sua família e não valorizava a sua história, sua cultura, sua vida cotidiana e sua qualidade de vida. O principal foco de atenção era a doença.

No Brasil, desde a década de 70, com o movimento da Reforma Sanitária, os profissionais da saúde discutem e questionam o modelo de assistência tradicional (4).

Uma conquista na área da saúde mental foi a Lei da reforma psiquiátrica – nº 10.216, de seis de abril de 2001, que tem como proposta a substituição do sistema de internação hospitalar por outras modalidades de assistência que favoreçam e proporcionem a desospitalização, desinstitucionalização e a ressocialização do paciente com sofrimento psíquico (5).

Durante a graduação em enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria – UFSM / RS, a saúde mental provocou-me interesse singular. Após a graduação, atuei em um hospital psiquiátrico em Porto Alegre e realizei um curso de sanitaristas na Escola de Saúde Pública - ESP, o que consolidou meu interesse pela organização da atenção em saúde mental.

Os altos índices de reinternações dos pacientes psiquiátricos associado ao curto tempo de permanência destes no domicílio provocaram-me o desejo de refletir sobre as políticas de atenção em saúde mental no Brasil, bem como, identificar quais são os programas e projetos do Ministério da Saúde atuantes e que buscam fortalecer a organização da atenção em saúde mental com base na desinstitucionalização, desospitalização, ressocialização e resgate da cidadania.

No que se refere ao processo de desinstitucionalização, cabe salientar alguns questionamentos sobre a experiência da Reforma Psiquiátrica Italiana, aprovada pela Lei 180/78, que apresenta inquietações pertinentes para o estudo em questão: “As populações de doentes crônicos permanecerão internadas em asilos?”; “Existirá um número suficiente de unidades psiquiátricas em hospitais gerais para absorver a demanda de pacientes que requerem assistência?”; “Haverá carência de serviços intermediários na comunidade?”; “Algumas instituições, continuarão com o caráter asilar, apenas com mudanças aparentes?” (6).

Além disso, os profissionais de saúde formados a partir da ótica curativista, por vezes, nem sempre estão preparados para o atendimento de pessoas com sofrimento psíquico, pois, esta demanda apresenta características singulares, que exigem um repensar nas práticas centradas no modelo asilar e de exclusão.

Dessa forma faz-se necessário uma revisão sobre os programas e as políticas de atenção em saúde mental após 13 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica, destacando a relevância do estabelecimento de uma rede de atenção em saúde mental capaz de assistir a demanda de saúde mental de forma articulada e humanizada.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O processo de constituição e consolidação do modelo assistencial asilar, concebido pelos psiquiatras brasileiros no final do século XIX, chamado de tratamento moral e higienista, predominante até hoje no país, teve a enfermagem como fator relevante. Assim a enfermagem era responsável pela realização do cuidado direto aos doentes mentais e a aplicação dos procedimentos disciplinares, bem como, a manutenção da ordem no interior do espaço asilar (7).

A exclusão e o isolamento são características da forma de organização da atenção em psiquiatria no início do século XX, que utilizavam programas de higiene mental. Onde o objetivo desses programas era transformar a conduta estranha e diferente do paciente numa atitude de obediência e adaptação à organização asilar. Esse modelo asilar, carcerário, segregador e centrado na doença, na maioria das vezes, ainda interfere na maneira como os pacientes com transtorno mental são tratados atualmente.

Na década de 70, surge o movimento da Reforma Sanitária, que discute o modelo de atenção em saúde, com a concepção da saúde como direito de todos. Os três principais princípios da Reforma Sanitária focalizava: o modelo de democracia (utopia igualitária, saúde como direito individual e a construção do poder local fortalecido pela gestão social), a reconceitualização da saúde (determinação social no processo saúde-doença e a atenção integral) e a crítica às práticas hegemônicas de saúde (8).

Os questionamentos propostos pelo movimento da Reforma Sanitária foram subsídios para a construção do Sistema Único de Saúde - SUS. A Lei que institui o funcionamento do SUS propõe a reestruturação da atenção em saúde, segundo alguns princípios e diretrizes, como a: universalidade de acesso, a integralidade de assistência, a participação da comunidade (controle social), o direito à informação, a descentralização, entre outros (2). Surge, então o Programa de Saúde da Família (PSF), formulado pelo Ministério da Saúde em 1994. O PSF aparece como uma

estratégia para mudança do modelo de atenção à saúde, para efetivar os princípios e diretrizes do SUS. Atualmente, o PSF é definido com Estratégia de Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização.

A ESF representa uma transformação do modelo de atenção à saúde do município onde está instalado, pois cria novas oportunidades de acesso aos serviços às comunidades mais vulneráveis, isto é, mais expostas aos riscos de adoecer; estabelece uma organização do trabalho dos profissionais de saúde centrada no indivíduo, sua família e seu ambiente e estabelece vínculos, permitindo o conhecimento das reais necessidades da população em busca de alternativas mais adequadas para a superação dos problemas e promoção da saúde (9).

O processo de discussão sobre o modelo de atenção em saúde influencia a reestruturação da atenção à saúde mental, considerando a pessoa, sua cultura e vida cotidiana, tornando-se esta o objetivo do trabalho terapêutico e não mais a doença. Assim, objetiva atingir a ressocialização, a desospitalização, a desinstitucionalização, bem como, a reinserção social das pessoas com sofrimento psíquico.

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, foi sancionada no país. Esta dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (5).

Em consonância com esta lei, há a criação, em 19 de fevereiro de 2002, dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. O CAPS tem como finalidade, oferecer estes desde cuidados clínicos até atividades de reinserção social do paciente, como o acesso ao trabalho, ao lazer e aos direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e sociais (10).

A equipe do CAPS deve ser composta por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, assistentes sociais, enfermeiras e

auxiliares de enfermagem. Estes são classificados em três tipos diferentes, de acordo com sua capacidade de atendimento, as modalidades de serviços são CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (10).

Esse novo modelo de atendimento visa substituir gradativamente as internações psiquiátricas, incentivando a autonomia destas pessoas e estimulando o convívio em sociedade. O CAPS é a opção de serviço de atendimento intermediário para consolidar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Outro dispositivo implantado foram as Residências Terapêuticas – RT, implantadas para atender os pacientes que não têm a opção de voltar ao convívio familiar. As RTs são alugadas com recursos do Ministério da Saúde repassados aos governos municipais. Em cada RT podem residir até oito pessoas, que devem receber suporte profissional sensível às demandas e as necessidades de cada um.

O suporte às RT, de caráter interdisciplinar, pode ser realizado pelo CAPS de referência, por uma equipe da atenção básica, ou até mesmo, por outros profissionais. As atividades de suporte devem ser centradas nas necessidades dos usuários; seguir os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo reintegração social, por meio de programas de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para atividades domésticas e pessoais, e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários; incentivar o resgate da cidadania. A inserção em uma RT é o início do processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador (11).

O principal objetivo da RT é promover um espaço de reconstrução de laços sociais e afetivos para aqueles cujas vidas encontravam-se confinadas ao universo hospitalar.

Nessa direção, também, foi implantado o Programa de Volta para Casa que dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial, para assistência, acompanhamento e integração social, extra-hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação) (12).

Este programa pretende incentivar a reinserção social, através do incentivo financeiro, pois, o fortalecimento de uma política de saúde mental que pretende oferecer destinos sociais dignos para esta população, depende de dimensões sociais, políticas, éticas e também econômicas.

A Política Nacional de Saúde Mental tem objetivo de efetivar a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, através da redução gradual dos leitos psiquiátricos de baixa qualidade assistencial. No processo de avaliação, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria realiza vistorias em todos os hospitais psiquiátricos públicos e conveniados com o SUS. Esta vistoria avalia as condições da assistência prestada aos internados, alguns dos critérios inspecionados são as: instalações físicas, número de funcionário de acordo com o número de pacientes, condições de higiene, estuário e alimentação, entre outros (11).

A avaliação do PNASH/Psiquiatria visa à classificação os hospitais em quatro grupos, o primeiro é o de boa qualidade de assistência, o segundo se refere a qualidade suficiente, o terceiro são aqueles que necessitam de adequações e uma revistoria, o quarto é classificado com de baixa qualidade e sofre o encaminhamento para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde (11).

A reestruturação da atenção em saúde mental constitui-se num processo lento e gradual, sendo assim, a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos deve ser acompanhada, simultaneamente, por uma extensão dos serviços de atendimento comunitário, como a criação dos RTs, CAPS e programas de inclusão social destas pessoas.

Os profissionais da saúde devem estar preparados para atender as demandas da população que apresentam sofrimento mental. Alguns sintomas comuns nesses casos, como a oscilação de humor, as alucinações, os delírios, a agressividade durante uma crise, a ansiedade, a depressão, ainda podem estar associados a fatores sociais, culturais e econômicos (exclusão social, alienação, desemprego, situações de violência, entre outros) que também contribuem no processo saúde-doença e devem ser considerados no atendimento em saúde mental (13).

O modelo de atenção em saúde mental está em transformação. Os profissionais que tiveram sua formação com base nos conceitos do modelo hospitalocêntrico necessitam passar por um processo de sensibilização, pois não haverá mudança nos serviços de saúde, enquanto os profissionais pautarem suas atividades em um modelo com características segregadoras.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, desde 2002 desenvolve o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, que promove: o incentivo, apoio e financiamento da implantação de núcleos de formação em saúde mental para a rede pública, por meio de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras (especialmente universidades federais), municípios e estados; o estímulo à Supervisão Clínico-institucional dos CAPS, através de editais para Projetos de Qualificação dos CAPS; Apoio aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e fomento e apoio a projetos que acelerem e consolidem o processo de reorientação da assistência em saúde mental (11).

A Política Nacional de Saúde Mental propõe em 2003 a integração das práticas de saúde mental na atenção básica/saúde da família, com a finalidade de substituição do modelo tradicional.

Nessa direção, é importante considerar a necessidade de articulação da rede de cuidados, com enfoque na integralidade do sujeito, constituindo um processo de trabalho voltado para as necessidades singulares e sociais e não somente para as demandas (11).

A atenção básica/saúde da família deve ser a porta de entrada preferencial de todo o Sistema de Saúde, inclusive no que diz respeito às necessidades de saúde mental dos usuários, portanto, há uma convergência de princípios entre a saúde mental e a atenção básica.

Para efetivação da integração da atenção à saúde mental na atenção básica, os princípios do SUS devem ser articulados, principalmente no que diz respeito à: promoção da saúde, territorialização, acolhimento, vínculo, responsabilização, integralidade, intersetorialidade, multiprofissionalidade, organização em rede, participação da comunidade e promoção da cidadania (14).

A convergência das ações de atenção básica e a atenção em saúde mental, por ter características singulares (maior proximidade da rede familiar, social e cultural do paciente) apresentam potencial de resolutividade no processo de ressocialização e inclusão social das demandas de saúde mental e seus familiares. Nesse sentido, é fundamental a articulação da atenção básica com a atenção em saúde mental, como estratégia de fortalecimento do processo de desinstitucionalização, desospitalização e reinserção social.

OBJETIVO

Apresentar as experiências vivenciadas por meio da observação da demanda de atendimentos em saúde mental em um serviço de emergência de um hospital psiquiátrico e a necessidade de internação psiquiátrica dessa clientela em um hospital psiquiátrico.

3 MÉTODO

Este trabalho constitui em um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pela autora, na oportunidade de ser enfermeira do serviço de admissão e triagem de um hospital psiquiátrico. Trata-se de um olhar qualitativo, que aborda a problemática desenhada a partir de métodos descritivos e observacionais.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam situações vivenciadas no ambiente profissional de interesse da comunidade científica. Acredito que não há transformação sem que haja um processo reflexivo inicial e o relato de experiência suscita reflexões a cerca do processo de trabalhos em vários âmbitos, potencializando o pensar com a intenção do transformar.

O período de observação foi de setembro de 2012 até março de 2014, porém a observação direta e objetiva para coleta das informações ocorreu no mês de janeiro de 2014, com a finalidade de analisar a demanda de atendimentos no serviço de admissão e triagem, bem como, os encaminhamentos a essa demanda.

O hospital psiquiátrico pertence ao SUS, o serviço de admissão e triagem deste, atende à demanda encaminhada pela região metropolitana, num total de 88 municípios. A equipe é composta por: um psiquiatra, um enfermeiro, um assistente social, um psicólogo, um médico clínico geral, dois técnicos de enfermagem e duas pessoas responsável pela parte administrativa (registro).

No caso para avaliação psiquiátrica de crianças, este atende a demanda enviada por todo estado, por tratar-se do único local que tem internação infantil em todo estado. Contando com 120 leitos para internação, sendo 75 leitos masculino (25 destes para dependência química), 25 leitos para o público feminino, 10 leitos infantis (crianças até 11 anos, 11 meses e 29 dias) e 10 leitos para adolescentes (de 12 anos até 17 anos, 11 meses e 29 dias).

Os documentos utilizados foram o livro de registros da enfermagem, no qual consta o registro dos pacientes submetidos a avaliação psiquiátrica, e os tipos de encaminhamentos realizados (ambulatorial, CAPS , ESF (estratégia de saúde da família), ou internação psiquiátrica).

Para a coleta de dados foram utilizadas a observação estruturada (pesquisador participante), a consulta ao livro de registro da enfermagem do serviço de admissão e triagem, a participação nas atividades psiquiátrico-gerenciais, análise da estrutura física do serviço, e a consulta a órgãos públicos normatizadores e regulamentadores de serviço de saúde mental. Não foram utilizados dados pessoais, apenas aqueles de interesse psicopatológico e/ou epidemiológico.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Segundo dados do Ministério da Saúde, 3% da população geral sofrem com transtornos mentais severos e persistentes; aproximadamente 6% da população apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (24).

No presente relato de experiência, foram analisadas as demandas de atendimento de um serviço de admissão e triagem de um hospital psiquiátrico realizado no mês de janeiro de 2014.

Na análise diária sobre a demanda de atendimento em saúde mental com indicação de internação, observou-se um total de 298 pacientes no mês estudado. Em relação ao número de internações, cabe destacar que apenas 150 (50,3%) das demandas de saúde mental atendidas foram encaminhadas para internação hospitalar (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização das demandas de atendimento em saúde mental e as internações realizadas no período estudado, 2014

	n%	Média(DP)	Mediana	Amplitude
Demanda de atendimento	298(100)	9,6 (4,8)	10	0-18
Internações	150(50,3)	4,8(3,2)	4	0-14

De acordo com os dados acima, verifica-se que 44,7% dos 298 atendimentos que procuram o hospital psiquiátrico, conforme a avaliação psiquiátrica, necessitavam de internação.

Os serviços de saúde no atendimento as pessoas com demandas de saúde mental está relacionado com o modelo higienista e disciplinador que permaneceu, por

mais de um século no Brasil, como guia da atenção em saúde mental. Algumas consequências deste modelo estão associadas à alienação dos profissionais formados nesta óptica. A prática clínica, de modo geral, é desenvolvida por meio do conhecimento interiorizado e, desse modo, para a efetivação das mudanças na prática clínica há necessidade de introdução de novos conhecimentos.

Promover a sensibilização dos profissionais de saúde é fundamental para a efetivação do novo modelo de atenção em saúde mental. A articulação com as instituições de ensino de nível técnico e superior é um dos caminhos para a mudança do paradigma de exclusão social que a psiquiatria ainda vivencia, atualmente.

De acordo com um dos direitos assegurados pela Lei da Reforma Psiquiátrica, o portador de sofrimento psíquico deve ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários (ambulatórios, consultórios, serviço de atenção diária, hospital dia, dentre outros) de saúde mental, surge à preocupação referente à estrutura e organização dos serviços de saúde na atenção básica e os de atendimento intermediário para a atenção em saúde mental. (5)

Deve ser intrínseco ao processo de desinstitucionalização, o estabelecimento de meios que melhorem de fato as condições básicas de vida do usuário e familiar; a necessidade de capacitar trabalhadores para lidar com essa nova perspectiva de tratamento; além de buscar modificar a concepção da loucura em todos os segmentos sociais envolvidos. (6)

A sensibilização dos profissionais da saúde, acadêmicos e a sociedade, em geral, é fator relevante no que se refere à inclusão social, pois esta depende da mobilização de todos os setores da sociedade. Acredita-se que a potência desse processo acontecerá através de discussões e a reflexão nos nossos ambientes de trabalho, possibilitando o expandir de ideias, posicionamentos e até influenciar a mudança de pensamento e cultura no que se refere ao novo modelo de atenção em saúde mental.

A reforma psiquiátrica no Brasil vem configurando-se como um movimento com diferentes graus de adesão e entendimento por parte dos profissionais e de alguns segmentos da sociedade. Tratada como desospitalização, sem as condições

necessárias para viabilizar uma proposta de ressocialização/reabilitação, reflete de forma negativa sobre a assistência na atenção básica, pois é nesta que se dá o embate com a realidade cotidiana do cuidado ao doente mental. Para que o novo modelo de atenção em saúde mental tenha êxito é preciso conhecer as reais necessidades e condições dos profissionais da atenção básica e dos serviços intermediários, em termos materiais, emocionais, conhecimentos, dentre outros (22).

A Reforma Psiquiátrica está em processo de adaptação. Os serviços e os profissionais de saúde mental necessitam de apoio e sensibilização para que possam assistir adequadamente as pessoas com sofrimento psíquico e sua família. A educação permanente pode ser um dos meios para a efetivação da reorientação na atenção em saúde mental, que visa a ressocialização e o resgate da cidadania destas pessoas, há anos segregadas em manicômios.

Neste contexto, o processo de formação na graduação, por si só, não confere o instrumental necessário à prática do enfermeiro na perspectiva do novo paradigma de cuidado que se apresenta, o qual inclui o consentimento e participação do paciente e família, o que leva à necessidade da busca de conhecimentos específicos, novas habilidades e atitudes na relação com o paciente, família, comunidade, para o enfrentamento das questões cotidianas do trabalho. Acredita-se que não apenas na enfermagem e sim em todas as áreas (23)

Frente esta lacuna evidenciada, entende-se necessário intensificar esforços para o desenvolvimento de seminários, sensibilizações, capacitações, espaços para discussões que estimulem a reflexão sobre as diretrizes da Reforma Psiquiátrica a fim de contribuir para a construção de saberes que possam servir de ferramentas aos profissionais de saúde propiciando subsídios para qualificar a assistência às pessoas com sofrimento psíquico.

Sendo assim, a atenção em saúde mental preconizada pela Lei da Reforma Psiquiátrica e por suas características de inclusão social, integralidade, ressocialização e promoção à saúde, devem ser realizadas preferencialmente na atenção básica. Esta

associação é um desafio, porém é imprescindível encontrar estratégias a fim de superá-lo.

Toda mudança / transformação passa por um processo de adaptação, este tem seus facilitadores e desafios a serem enfrentados. A seguir, alguns dos fatores a serem repensados a partir do novo paradigma de atenção em saúde mental.

É fato, a necessidade de organização dos processos educativos para profissionais da saúde, no contexto dos serviços de saúde pública, na atenção em saúde mental e nos Hospitais Gerais, dada a necessidade de se sensibilizar esses profissionais para atuarem nesses serviços, visto que a formação desses era baseada em currículos predominantemente voltados para o modelo biomédico, hospitalocêntrico, centrado na doença, em detrimento da promoção da saúde e prevenção das doenças.

O perfil da formação dos profissionais caracteriza-se como um obstáculo a ser ultrapassado. A complexidade dos problemas de saúde mental, devido aos aspectos clínicos ter estreita relação com questões sociais e econômicas (condições de vida e financeira, exclusão social, violência, alienação, entre outros) limita a atuação dos profissionais dos serviços de saúde. Neste contexto, é que a educação permanente deve atuar.

As instituições formadoras devem estar em sincronia com as diretrizes e princípios do SUS, as diretrizes do novo modelo de atenção em saúde mental e as políticas públicas de saúde, a fim de promover uma formação emancipatória e crítica, que fortaleça as ações em saúde pautadas na humanização, dignidade, cidadania, ressocialização e inclusão social das pessoas com sofrimento mental.

A sensibilização dos profissionais da saúde, acadêmicos e a sociedade em geral é fator relevante no que se refere à inclusão social, pois esta depende da mobilização de todos os setores da sociedade. Acredita-se que a potência desse processo acontecerá através de discussões e a reflexão nos nossos ambientes de trabalho, possibilitando o expandir de idéias, posicionamentos e até influenciar a mudança de pensamento e cultura no que se refere ao novo modelo de atenção em saúde mental.

Entende-se que a educação permanente é um dos caminhos para a reversão do modelo hospitalar, para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base comunitária, bem como, para a transformação das práticas em saúde, a implantação no processo de trabalho em saúde mental de uma lógica de humanização e acolhimento e ainda a conscientização profissional da atenção em saúde mental a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Acredita-se que através da realização dos projetos, da educação permanente, propõe-se um novo modelo de atenção em saúde mental, com base no trabalho cooperativo, na interação entre as experiências individuais e coletivas, fomentando a autonomia e responsabilização dos profissionais da saúde, ampliando o compromisso com a aprendizagem e o processo de aperfeiçoamento da qualidade do atendimento prestado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou a lacuna entre a oferta e a demanda de internação referente a um serviço de emergência de um hospital psiquiátrico. Desse modo, apenas 50,3% dos pacientes investigados que necessitavam de internação hospitalar foram realmente internados no hospital psiquiátrico.

Nessa direção, é possível observar que apesar das mudanças no modelo de assistência em saúde mental ainda nos deparamos com algumas limitações relacionadas ao acesso aos serviços de saúde mental e a falta de assistência adequada.

A importância deste trabalho está em fomentar a reflexão entre profissionais da área de saúde mental acerca da relevância do fortalecimento da rede de atenção em saúde mental.

Com a mudança de paradigma, no atual modelo de atenção em saúde mental é fundamental considerar como prioridade o desenvolvimento de ações conjuntas entre a rede de serviços em saúde mental e a APS, com a finalidade de atender as reais necessidades de saúde das famílias. Cabe aos profissionais de saúde ampliar seu olhar, de modo a priorizar o cuidado integral aos pacientes e seus familiares, para além de objetos de intervenção técnica.

REFERÊNCIAS

- 1 MACHADO, P. H. B. et al. **SAÚDE COLETIVA: um campo em construção**. Curitiba: Editora IPBEX, 2006. 342p.
- 2 BRASIL. Leis e Decretos. **Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial, 19 de Setembro de 1990.
- 3 TAYLOR, C. M. **Fundamentos da Enfermagem Psiquiátrica**. 13 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.
- 4 BRASIL, 1987. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Rio de Janeiro, 1987.
- 5 BRASIL, 2001. Leis e Decretos. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 9 de abril de 2001, n. 69-E, Seção 1.
- 6 SADIGURSKY, D.; TAVARES, J. L. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n. 2 , abr. 1998.
- 7 KISCHBAUN, D. I. R. **Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50**. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.5 n.spe . Ribeirão Preto, maio ,1997.
- 8 GALLI, Vicente. **Conferência Nacional de Saúde Mental**, 1987, Brasília. Relatório Final. Brasília, 1989.
- 9 SAMPAIO, L. F. R.; LIMA, P. G. A. Apoio ao programa saúde da família. **Saúde da Família**, Porto Alegre, 08 jan. 2004. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/conteudo/index.php?p=p_10>. Acesso em: 08 jun.2008.

- 10 BRASIL, 2002. **Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Centro de Atenção Psicossocial.** Brasília, DF: Diário Oficial, 19 de Fevereiro de 2002.

- 11 BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde mental – Breve histórico,** Brasília. Disponível em:
http://189.28.128.100/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1. Acesso em: 08 jun. 2008.

- 12 BRASIL, 2003. **LEI nº 10.708, de 31 de julho de 2003.** Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF: Diário Oficial, 31 de julho de 2003.

- 13 CAVALHERI, S. C. **Acolhimento e Orientação à Família.** Disponível em:
<http://www.sppc.med.br/silvana.htm> > Acesso em: 22 de maio de 2005.

- 14 ARCHANJO, D. R. **Saúde Da Família Na Atenção Primária.** Curitiba: Editora IPBEX. 2007. 391 p.

- 15 MENDES, Durmeval Trigueiro. Um **novo Mundo, uma nova educação.** Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, Brasília, v. 51, n. 113, p. 15, jan./mar., 1969.

- 16 RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.** Divulgação em Saúde Para Debate, n.12, jul. 1996. p. 39-44.

- 17 BRASIL, 2007. **Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial, 20 de agosto de 2007.
- 18 BRASIL, 1993. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva - Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Relatório da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. **Cadernos Recursos Humanos Saúde**. Brasília, v.1, n 1, p. 141 – 183, 1993.
- 19 Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OPAS/OMS; 2001.
- 20 Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 224**. Brasília; 29 jan.1992. Seção I. Diário Oficial da União, Brasília; 30 jan.1992, n. 21, p. 1168-70.
- 21 BOTEGA, N. J. (Org.). (2002). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**. São Paulo: Artmed.
- 22 GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n. 2, mar./abr. 2001.
- 23 GRANDO, L. H.; ROLIM, M. A. Família e transtornos alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem de uma instituição universitária de atenção à saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 6, nov./dez. 2005.

24 Conferência nacional de saúde mental, 3; 2001. **Relatório final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 2002.